



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale
X Legislatura

PUNTO 14 DELL'ODG DELLA SEDUTA DEL 18/08/2015

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 1097 / DGR del 18/08/2015

OGGETTO:

Progetto formativo per il Care Management: cure integrate del paziente complesso nelle cure primarie. LR 23/2012.

COMPONENTI DELLA GIUNTA REGIONALE

Presidente	Luca Zaia	Presente
Vicepresidente	Gianluca Forcolin	Assente
Assessori	Luca Coletto	Presente
	Giuseppe Pan	Presente
	Roberto Marcato	Assente
	Gianpaolo E. Bottacin	Assente
	Manuela Lanzarin	Presente
	Elena Donazzan	Presente
	Federico Caner	Presente
	Elisa De Berti	Presente
Segretario F.F. verbalizzante	Cristiano Corazzari	Presente
	Stefania Zattarin	

RELATORE ED EVENTUALI CONCERTI

LUCA COLETTO

STRUTTURA PROPONENTE

AREA SANITA' E SOCIALE

APPROVAZIONE:

Sottoposto a votazione, il provvedimento è approvato con voti unanimi e palesi.

OGGETTO: Progetto formativo per il *Care Management*: cure integrate del paziente complesso nelle cure primarie. LR 23/2012.

NOTA PER LA TRASPARENZA:

Viene approvato il progetto formativo regionale “*Care Management* : cure integrate del paziente complesso nelle cure primarie”, in attuazione a quanto disposto dal PSSR 2012-2016, affidando l’organizzazione e l’attivazione del corso alla Fondazione Scuola di Sanità Pubblica, management delle aziende socio-sanitarie e per l’incremento dei trapianti d'organo e tessuti di cui alla DGR 437/2014.

L’Assessore Luca Coletto riferisce quanto segue.

In Italia le persone affette da patologie croniche e multimorbidità sono in considerevole aumento e l’invecchiamento della popolazione, per l’effetto congiunto del calo delle nascite e dell’allungamento della vita, ne è una delle cause principali.

La struttura demografica regionale è caratterizzata da una forte componente di anziani spesso in condizioni di fragilità perché portatori di numerose patologie croniche e di bisogni assistenziali complessi.

La fascia d’età che presenta maggiormente situazioni di multimorbidità/cronicità e che ricorre più frequentemente ai diversi servizi socio-sanitari è quella degli ultra 75enni, anche se le patologie cronicodegenerative più frequenti (malattie cardiovascolari, dismetaboliche, broncopneumopatie croniche, demenze e tumori) interessano ulteriori fasce d’età.

Gli interventi preventivi ed assistenziali necessari a migliorare la qualità di vita delle persone colpite da tali malattie rallentandone il declino funzionale e limitando l’accesso inappropriato all’ospedale, richiedono una ridefinizione dei modelli di presa in carico differenziati per livello di rischio e un importante coinvolgimento del paziente e della famiglia nei processi di autocura basati sull’educazione terapeutica.

La realizzazione di questi interventi, così come indicato dal PSSR 2012-2016, prevede la definizione di nuovi modelli assistenziali caratterizzati da un approccio multiprofessionale e multidisciplinare, dall’implementazione e diffusione dei Piani Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA) e dal consolidamento dei percorsi di ammissioni e di dimissioni protette.

Il territorio è il luogo primario di intervento per attuare modalità innovative di integrazione assistenziale finalizzate a rispondere ai bisogni dei pazienti complessi. Il domicilio, il distretto e le forme organizzative evolute della medicina convenzionata rappresentano, pertanto, gli ambiti privilegiati dove realizzare la presa in carico integrata del paziente e della sua famiglia.

A supporto della programmazione e del governo clinico territoriale, la Regione del Veneto con DGR n. 439/2012 ha introdotto il sistema *Adjusted Clinical Group* (ACG), che consente di descrivere il *case mix* della popolazione analizzando le malattie compresenti in ogni persona, mappandone la distribuzione nel territorio, l’impatto sulle risorse sanitarie ed individuando i soggetti ad alto rischio che possono trarre beneficio da iniziative di *Care Management*.

Nel biennio 2014-2015, all’interno del percorso formativo sperimentale denominato “*La gestione integrata del paziente con scompenso cardiaco nelle cure primarie*”, rivolto a due medici di medicina generale (MMG) e a due infermieri per ciascuna Azienda ULSS del Veneto, è sorta la necessità di introdurre nel territorio il *Care Management*. Si tratta di un nuovo modello assistenziale finalizzato a favorire una presa in carico territoriale del paziente complesso da parte del MMG e dell’infermiere *Care Manager*.

Il *Care Management* è uno strumento di coordinamento delle cure che, per i soggetti con multimorbidità, rappresenta la miglior modalità per garantire un accesso appropriato e tempestivo al livello e al luogo di cura più adatto.

La presa in carico integrata dei pazienti che presentano bisogni assistenziali legati alla cronicità, alla polipatologia e alla fragilità, è richiamata anche nella DGR 751/2015 che identifica nelle forme organizzative evolute della medicina di famiglia, il fulcro su cui dovrà riorganizzarsi l'intero assetto dell'assistenza territoriale in conformità alle linee strategiche delineate.

Tra i criteri cardine della nuova organizzazione distrettuale, il PSSR 2012-2016 include la valorizzazione del ruolo dell'infermiere nel prendersi cura autonomamente del processo di nursing nell'ambito del percorso assistenziale, svolgendo la funzione di *Care Manager* della persona in stato di cronicità, attivando le risorse assistenziali e comunque coordinandosi con il MMG anche per diffondere negli assistiti la cultura dell'empowerment.

L'infermiere, così come riportato nel DM 739/1994, è responsabile dell'assistenza generale infermieristica nei diversi contesti assistenziali e, conformemente a quanto disposto dalla Legge 251/2000, può svolgere con autonomia professionale le attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva.

Per un efficientamento del settore delle cure primarie, l'art. 5, punto 15, dell'accordo Stato Regioni del 10 luglio 2014 (Patto per la Salute), sottolinea l'importanza della ridefinizione dei ruoli, delle responsabilità, delle competenze, delle relazioni professionali, assegnando a ciascun professionista responsabilità individuali e di équipe su compiti, funzioni e obiettivi.

Tale approccio richiede il superamento del frazionamento nell'organizzazione dell'intervento assistenziale, la revisione di ruoli, competenze e sfere di responsabilità dei professionisti e l'abbandono della logica gerarchica per perseguire una logica di governance responsabile da promuovere anche attraverso la formazione.

Tra gli obiettivi previsti dal Piano della Formazione regionale triennale 2014-2016 e riferiti ai nuovi modelli assistenziali per la gestione della cronicità, la DGR n. 1753/2014 cita la gestione integrata del paziente anziano, fragile, pluripatologico, la cultura del lavoro in team multiprofessionale e l'adozione di modelli di lavoro integrato in rete.

Il Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale, con nota n. 90768 del 3 marzo 2015, ha costituito un gruppo di lavoro multidisciplinare coordinato dalla dott.ssa Maria Chiara Corti, con lo scopo di definire un percorso formativo destinato ad infermieri e MMG per l'acquisizione di competenze nell'ambito del *Care Management* del paziente complesso.

Considerati i bisogni del contesto regionale e i risultati emersi dall'analisi della letteratura dai quali si evince che per migliorare l'assistenza alle persone in stato di cronicità è utile adottare approcci proattivi più ampi rispetto agli attuali, il gruppo di lavoro ha proposto una iniziativa formativa finalizzata a far acquisire competenze in materia di *Care Management* e rivolta agli infermieri del distretto e ai MMG che operano in forme organizzate più evolute.

La direzione del progetto formativo viene affidata alla dr. Maria Chiara Corti, responsabile del Settore Strutture di Ricovero intermedio e Integrazione sociosanitaria della Regione del Veneto.

Il percorso formativo, articolato in diverse edizioni, sarà organizzato e gestito dalla "Fondazione Scuola di Sanità Pubblica, management delle aziende socio-sanitarie e per l'incremento dei trapianti d'organo e tessuti" il cui piano di attività per l'anno 2014 e il biennio 2015-2016, definito nell'Allegato A della DGR 2166/2014, prevede nell'apposita sezione, tematiche formative inerenti i nuovi modelli di assistenza

primaria: strumenti di governo e organizzazione e l'approccio multi professionale nell'assistenza primaria e nella medicina di gruppo.

Una prima edizione definita "corso base", sarà realizzata nel 2015 e sarà dedicata esclusivamente alla formazione dei MMG e degli infermieri già coinvolti nel percorso formativo "La gestione integrata del paziente con scompenso cardiaco nelle cure primarie" che frequenteranno alcuni moduli monoprofessionali ed altri integrati MMG/infermiere, così come dettagliato nell'**Allegato A** del presente provvedimento.

I MMG parteciperanno complessivamente a n. 5 giornate formative residenziali per un totale di 32 ore. Detta formazione consentirà di acquisire le competenze per poter gestire la presa in carico dei pazienti complessi in collaborazione con l'infermiere *Care Manager* del distretto. Al termine dell'iniziativa sarà rilasciato l'attestato di partecipazione.

Gli infermieri futuri *Care Manager*, parteciperanno a n. 6 giornate formative residenziali per un totale di 39 ore e a 51 ore di Formazione sul Campo (FSC), per complessive 90 ore, così come dettagliato nell'**Allegato B** alla presente deliberazione.

Agli infermieri che avranno completato il percorso formativo e superato l'esame finale, la Fondazione SSP, per conto della Regione del Veneto, rilascerà una certificazione attestante le competenze distintive acquisite, redatta secondo il modello fac-simile di cui all'**Allegato C**.

La certificazione attestante le competenze distintive consentirà all'infermiere *Care Manager* di coordinare e gestire, nell'ambito dell'attività distrettuale, l'assistenza integrata al paziente complesso identificato con il MMG.

La programmazione delle successive edizioni, avverrà dopo l'analisi dei risultati del corso base effettuata dal gruppo di lavoro e dalla Fondazione SSP. Ciò consentirà di apportare eventuali correttivi per rendere la formazione più aderente al fabbisogno di competenze necessarie per rispondere in modo appropriato ai bisogni dei pazienti. Per il 2016 è prevista l'attivazione di almeno altre due edizioni.

Al fine di aggiornare le competenze acquisite allineandole all'evoluzione del Sistema delle Cure Primarie, la Fondazione SSP realizzerà, con cadenza almeno annuale, degli incontri formativi di ripresa dei contenuti.

Il relatore conclude la propria relazione e propone all'approvazione della Giunta regionale il seguente provvedimento.

LA GIUNTA REGIONALE

Udito il relatore, il quale dà atto che la struttura proponente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione statale e regionale;

Vista la LR 23/2012.

Vista la DGR 439/2012.

Vista la DGR 437/2014.

Vista la DGR 1753/2014 Vista la DGR 2166/2014.

Vista la DGR 751/2015.

Visto il DM 739/1994 "Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere".

Vista la Legge 251/2000, "Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica".

Vista l'intesa 10 luglio 2014 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016.

Vista la nota del Direttore generale dell'Area Sanità e Sociale n. 90768 del 3 marzo 2015.

Visto l'art. 2, comma 2, lett. o) della LR 54/2012.

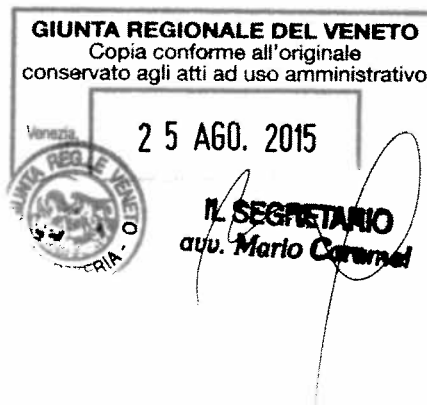
DELIBERA

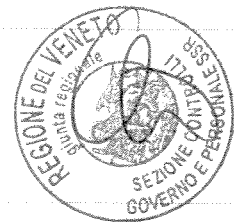
1. di considerare le premesse quali parte integrale ed essenziale del presente provvedimento;
2. di approvare, in attuazione delle linee programmatiche individuate dalle Legge Regionale 23/2012, il progetto formativo in "Care Management: cure integrate del paziente complesso nelle cure primarie" rivolto a MMG ed agli infermieri, dipendenti del SSR e afferenti al distretto, allegato al presente provvedimento, secondo i programmi e la durata rispettivamente definiti con l'**Allegato A** e con l'**Allegato B** del presente atto;
3. di affidare la direzione del progetto formativo alla dr. Maria Chiara Corti, dirigente del Settore Strutture di Ricovero intermedio e Integrazione sociosanitaria;
4. di affidare alla Fondazione SSP l'organizzazione e la gestione del progetto formativo in "Care Management: cure integrate del paziente complesso nelle cure primarie";
5. di approvare con l'**Allegato C** il modello di certificazione attestante le competenze distintive acquisite dall'infermiere *Care Manager*, che verrà rilasciata per conto della Regione del Veneto dalla Fondazione SSP;
6. di disporre che, a seguito dell'acquisizione di tale certificazione, l'infermiere *Care Manager* nell'ambito dell'attività del distretto gestisca e coordini l'assistenza integrata al paziente complesso identificato con il MMG;
7. di prevedere per l'anno 2016 l'attivazione di almeno due edizioni del percorso formativo e di demandare a decreto del Direttore dell'Area Sanità e Sociale l'approvazione di eventuali modifiche al programma definito con il presente provvedimento;
8. di dare atto che la presente deliberazione non comporta spesa a carico del bilancio regionale;
9. di incaricare dell'esecuzione del presente atto la Sezione Controlli Governo e Personale SSR e il Settore Strutture di Ricovero intermedie e Integrazione sociosanitaria per le parti di rispettiva competenza;
10. di pubblicare la presente deliberazione nel Bollettino Ufficiale della Regione.

p. IL SEGRETARIO
F.to Avv. Mario Caramel

IL PRESIDENTE
F.to Dott. Luca Zaia

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA f.f.
Ai sensi della Dgr 151/2011
F.to dott.ssa Stefania Zattarin





**Progetto formativo regionale
“Care Management: cure integrate del paziente complesso nelle cure primarie”**

Percorso formativo per MMG

I giornata
integrata

GLI STRUMENTI INFORMATIVI DI SUPPORTO

L'integrazione multiprofessionale nel *Care Management* del paziente complesso nelle cure primarie

I sistemi di classificazione dei pazienti e il Sistema *Adjusted Clinical Group* (ACG) per iniziative di *Care Management*

La metodologia del Sistema ACG: dati di input e indicatori di output

II giornata
integrata

IL LAVORO IN ÉQUIPE NELLE CURE PRIMARIE

Contratto di esercizio e *Care Management*

Saper lavorare in équipe

Saper identificare e gestire i conflitti

III giornata
integrata

LA RETE DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI

La rete dei servizi socio-sanitari: il distretto, le cure primarie, le forme organizzate della medicina di base, la COT, l'ospedale, le cure intermedie, le strutture residenziali, ecc.

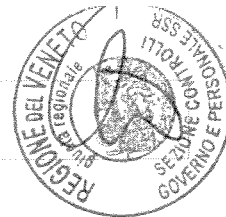
I luoghi, gli strumenti e i professionisti sanitari e sociali dell'integrazione socio-sanitaria per le progettualità personalizzate a supporto del paziente complesso, della famiglia e del contesto sociale

**LA PREVENZIONE DEI RISCHI
PER IL PAZIENTE COMPLESSO NELLE CURE PRIMARIE**

L'ambiente familiare, il contesto sociale e relazionale nel quale vive il paziente

Le principali situazioni di rischio fisico, ambientale e socio-relazionale

Il supporto dell'infermiere *Care Manager* nella gestione delle principali situazioni di rischio per il paziente, potenziali e presenti



IV giornata
monoprofessionale

IL PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO "NAIVE"

Il paziente "naive"

IL PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO NOTO

Criteri per la gestione dei pazienti con scompenso noto

Le comorbidità

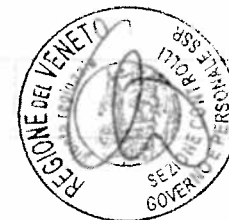
V giornata
integrata

LA "CURA DEL FINE VITA"

Le cure palliative, le cure simultanee e le cure del fine vita anche non-oncologico

I bisogni del paziente e il sostegno al *caregiver*

L'infermiere *Care Manager* nella cura del fine vita anche non – oncologico



**Progetto formativo regionale
"Care Management: cure integrate del paziente complesso nelle cure
primarie"**

Percorso formativo per infermieri

**I giornata
*integrata***

GLI STRUMENTI INFORMATIVI DI SUPPORTO

L'integrazione multiprofessionale nel *Care Management* del paziente complesso nelle cure primarie

I sistemi di classificazione dei pazienti e il Sistema *Adjusted Clinical Group* (ACG) per iniziative di *Care Management*

La metodologia del Sistema ACG: dati di input e indicatori di output

**II giornata
*integrata***

IL LAVORO IN ÉQUIPE NELLE CURE PRIMARIE

Contratto di esercizio e *Care Management*

Saper lavorare in équipe

Saper identificare e gestire i conflitti

**III giornata
*integrata***

LA RETE DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI

La rete dei servizi socio-sanitari: il distretto, le cure primarie, le forme organizzate della medicina di base, la COT, l'ospedale, le cure intermedie, le strutture residenziali, ecc.

I luoghi, gli strumenti e i professionisti sanitari e sociali dell'integrazione socio-sanitaria per le progettualità personalizzate a supporto del paziente complesso, della famiglia e del contesto sociale

**LA PREVENZIONE DEI RISCHI
PER IL PAZIENTE COMPLESSO NELLE CURE PRIMARIE**

L'ambiente familiare, il contesto sociale e relazionale nel quale vive il paziente

Le principali situazioni di rischio fisico, ambientale e socio-relazionale

Il supporto dell'infermiere *Care Manager* nella gestione delle principali situazioni di rischio per il paziente, potenziali e presenti



IV giornata
monoprofessionale

**LA COMUNICAZIONE NELLA GESTIONE
DEL PAZIENTE COMPLESSO NELLE CURE PRIMARIE**

Narrazione della storia del paziente e identificazione dei bisogni dell'assistito

Reazioni alla malattia cronica. Comportamenti relazionali da adottare

Una sana relazione: la resilienza

L'EDUCAZIONE TERAPEUTICA

I principi dell'educazione terapeutica

Presentazione di strumenti e tecniche di educazione terapeutica

Sperimentazione e analisi di strumenti per l'educazione terapeutica

V giornata
monoprofessionale

**IL PROCESSO DI NURSING
APPLICATO AL PAZIENTE COMPLESSO NELLE CURE PRIMARIE**

L'accertamento del paziente nello studio del MMG e a domicilio

Il piano di cura e il piano di azione

La comunicazione al paziente del piano d'azione

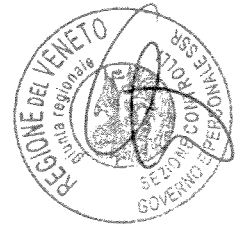
VI giornata
integrata

LA "CURA DEL FINE VITA"

Le cure palliative, le cure simultanee e le cure del fine vita anche non-oncologico

I bisogni del paziente e il sostegno al *caregiver*

L'infermiere *Care Manager* nella cura del fine vita anche non – oncologico



**PERCORSO FORMATIVO
PER INFERMIERE *CARE MANAGER* DEL PAZIENTE COMPLESSO
NELLE CURE PRIMARIE**

PREMESSA

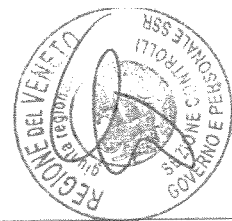
La formazione dell' "Infermiere *Care Manager del paziente complesso nelle cure primarie*" avviene attraverso la partecipazione ad un percorso formativo promosso dalla Regione del Veneto e realizzato in collaborazione con la Fondazione S.S.P. alla quale è affidata l'organizzazione e l'attivazione dei corsi.

La formazione è finalizzata a far acquisire ai partecipanti le seguenti competenze:

- coordinare e gestire l'assistenza integrata dei pazienti complessi identificati con il MMG che opera nelle forme organizzative più evolute della medicina di famiglia, utilizzando le modalità e gli strumenti tipici del *Care Management*;
- utilizzare i dati prodotti dal sistema di case mix aziendale necessari all'assistenza dei pazienti complessi presi in carico;
- utilizzare il processo di nursing opportunamente adattato al *Care Management*;
- valutare i rischi reali e potenziali per il paziente e la famiglia/*caregiver*, predisponendo interventi atti alla prevenzione e alla soluzione;
- attivare operatori/professionisti e Servizi della Rete socio-sanitaria e socio assistenziale;
- utilizzare strumenti e tecniche di comunicazione efficace finalizzate all'*empowerment* del paziente e della famiglia/*caregiver*;
- utilizzare strumenti dell'educazione terapeutica ai fini dell'approccio assistenziale al paziente e alla famiglia/*caregiver*;
- erogare interventi assistenziali integrati con il MMG che opera nelle forme organizzative più evolute della medicina di famiglia;
- accompagnare il paziente e la famiglia/*caregiver* nella cura del fine vita.

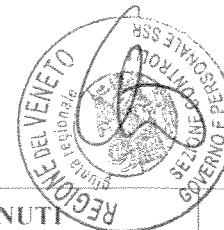
L'infermiere *Care Manager del paziente complesso nelle cure primarie*, utilizza un approccio ispirato al modello *Guided Care* che prevede la presa in carico del paziente cronico, attraverso l'applicazione delle seguenti otto fasi:

1. accertare i bisogni e le preferenze dei pazienti
2. creare il Piano di Cura e il Piano di Azione
3. monitorare, almeno mensilmente, le condizioni del paziente in maniera proattiva
4. supportare e promuovere l'autogestione del paziente
5. coordinare tutti i "provider" che ruotano attorno al paziente
6. favorire le transizioni tra i luoghi di cura
7. educare e sostenere i familiari e i *caregiver* fornendo loro informazioni e riferimenti
8. facilitare l'accesso alle risorse socio-sanitarie del territorio dove vive il paziente.



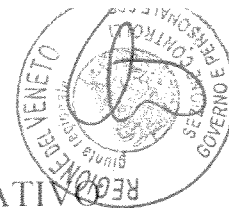
OBIETTIVI E CONTENUTI

FORMAZIONE RESIDENZIALE			
OBIETTIVO GENERALE	OBIETTIVI SPECIFICI	CONTENUTI	n. ore
<p>Coordinare ed erogare interventi assistenziali in integrazione con il MMG nelle forme organizzate della medicina convenzionata e con altri operatori coinvolti, servendosi dei dati prodotti dal sistema informativo di case mix aziendale.</p>	<p>Conoscere gli ambiti di attività e di competenza del MMG e dell'infermiere ai fini di attuare modalità di lavoro integrate.</p> <p>Conoscere il contratto d'esercizio della medicina convenzionata</p> <p>Conoscere i sistemi di case mix e il Sistema <i>Adjusted Clinical Group (ACG)</i>.</p> <p>Conoscere i dati forniti dal sistema ACG necessari per pianificare gli interventi assistenziali.</p> <p>Conoscere le modalità di inserimento dei pazienti nelle liste fornite dal sistema ACG.</p> <p>Conoscere le tecniche e gli strumenti relazionali per lavorare efficacemente in équipe evitando i conflitti.</p>	<p>La multiprofessionalità nel <i>care management</i> del paziente complesso nelle cure primarie.</p> <p>Il contratto d'esercizio.</p> <p>I Sistemi di classificazione dei pazienti e il Sistema ACG.</p> <p>La metodologia del Sistema ACG: dati di input e indicatori di output.</p> <p>Gli strumenti e le tecniche del lavoro d'équipe nelle cure primarie.</p> <p>L'identificazione e gestione dei conflitti.</p>	11,5
<p>Conoscere il quadro normativo e i servizi socio-sanitari e socio-assistenziali presenti nel contesto in cui vive il paziente.</p>	<p>Conoscere l'organizzazione regionale dei servizi socio-sanitari e socio-assistenziali.</p> <p>Conoscere le procedure di attivazione e il funzionamento dei servizi della rete.</p>	<p>La rete dei servizi socio-sanitari: il distretto, le cure primarie, le forme organizzate della medicina di base, la COT, l'ospedale, le cure intermedie, le strutture residenziali, ecc.</p> <p>I luoghi, gli strumenti e i professionisti dell'integrazione socio-sanitaria per le progettualità personalizzate a supporto del paziente complesso, della famiglia e del contesto sociale.</p>	7,15
<p>Esaminare il contesto di vita della persona e della famiglia in relazione ai rischi reali e potenziali al fine di individuare opzioni di intervento mirate.</p>	<p>Riconoscere e segnalare le situazioni di rischio reale e potenziale per il paziente e la famiglia/caregiver.</p> <p>Predisporre interventi atti alla prevenzione/soluzione</p>	<p>L'ambiente familiare, il contesto sociale e relazionale nel quale vive il paziente.</p> <p>Le principali situazioni di rischio fisico, ambientale e socio-relazionale.</p> <p>Il supporto dell'infermiere <i>care manager</i> nella gestione delle principali situazioni di rischio reali e potenziali per il paziente e la famiglia/caregiver.</p>	7,15
<p>Attivare strategie comunicative ai fini dell'educazione terapeutica utilizzando anche strumenti e tecniche della comunicazione efficace finalizzati all'<i>empowerment</i> del paziente e della famiglia/caregiver.</p>	<p>Conoscere ed utilizzare gli strumenti e le tecniche della comunicazione efficace.</p> <p>Conoscere i principi, gli strumenti e le tecniche dell'educazione terapeutica.</p>	<p>La narrazione della storia del paziente e l'identificazione dei bisogni, le reazioni alla malattia cronica, la resilienza.</p> <p>I principi dell'educazione terapeutica.</p> <p>Gli strumenti e le tecniche dell'educazione terapeutica.</p>	7,15



OBIETTIVO GENERALE	OBIETTIVI SPECIFICI	CONTENUTI	n. ore
Adattare il processo di nursing alle specificità metodologiche del <i>care management</i> .	<p>Conoscere le modalità di esecuzione dell'accertamento e di utilizzo degli strumenti tipici del Care management.</p> <p>Conoscere le modalità di stesura del piano di cura e del piano d'azione.</p>	<p>L'accertamento a domicilio e nello studio del MMG.</p> <p>Il piano di cura.</p> <p>Il piano d'azione.</p>	7,15
Accompagnare il paziente e la famiglia/caregiver con modalità metodologiche e assistenziali opportune nella "cura del fine vita".	Conoscere i Servizi e gli strumenti delle cure palliative per i pazienti anche non oncologici.	<p>Le cure palliative, le cure simultanee e le cure del fine vita del paziente.</p> <p>I bisogni del paziente e della famiglia/caregiver.</p> <p>L'infermiere <i>care manager</i> nella cura del fine vita del paziente.</p>	6
Totale ore			39

FORMAZIONE SUL CAMPO			
OBIETTIVO GENERALE	OBIETTIVI SPECIFICI	CONTENUTI	n. ore
Applicare nell'assistenza al paziente complesso, il modello di <i>care management</i> secondo i principi e le modalità apprese durante la formazione d'aula.	Realizzare la presa in carico dei pazienti complessi utilizzando la metodologia e gli strumenti del <i>care management</i> .	<p>Effettuare l'accertamento a domicilio e nello studio del MMG.</p> <p>Redigere il piano di cura con il MMG.</p> <p>Stendere il piano d'azione con il paziente.</p>	41
Redigere un project work di un paziente identificato con il MMG e preso in carico con le modalità del <i>care management</i> .	Saper descrivere il processo di presa in carico di un paziente complesso nelle cure primarie.	Stilare un project work relativo alla presa in carico integrata di un paziente complesso identificato con il MMG.	10
Totale ore			51
ORE COMPLESSIVE			90



DIRETTIVE PER L'ORGANIZZAZIONE DEL PERCORSO FORMATIVO "INFERMIERE CARE MANAGER DEL PAZIENTE COMPLESSO NELLE CURE PRIMARIE"

1- REQUISITI D'ACCESSO E MODALITÀ DI AMMISSIONE

L'ammissione al percorso formativo di "Infermiere Care Manager del paziente complesso nelle cure primarie", è riservata al personale infermieristico dipendente del SSR che, nell'ambito dell'attività distrettuale, dovrà coordinare e gestire la presa in carico dei pazienti complessi identificati con il MMG che presta la propria attività nelle forme organizzative più evolute della medicina di famiglia.

Per l'ammissione è richiesto il possesso del diploma di laurea in infermieristica o titolo equipollente, almeno 5 anni di anzianità di servizio nella qualifica di infermiere, esperienza di assistenza domiciliare non inferiore a 2 anni, competenze informatiche relative ai principali programmi utilizzati a supporto dell'assistenza.

La scelta degli infermieri da ammettere al percorso è demandata alle singole aziende sanitarie le quali, entro i termini indicati dalla Fondazione S.S.P, trasmettono alla stessa i nominativi.

2 - DURATA E ARTICOLAZIONE DEL PERCORSO

Il percorso formativo prevede una parte teorica della durata di n. 39 ore e una parte di Formazione sul Campo (FSC) della durata di n. 51 ore.

La FSC è parte rilevante del percorso formativo e dev'essere realizzata a domicilio, nello studio del MMG e nei diversi ambiti di transizione del paziente identificato con il MMG e preso in carico con le modalità del *Care Management*.

La durata complessiva del corso è di n. 90 ore.

In ciascuna edizione, il numero dei frequentanti non può superare le 40 unità, né essere inferiore a 16, fatte salve particolari situazioni, per le quali, su richiesta della Fondazione di S.S.P, potranno essere concesse specifiche deroghe.

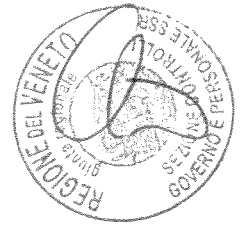
3 - FREQUENZA DELLE ATTIVITA' FORMATIVE E VALUTAZIONE DELL'APPRENDIMENTO

La frequenza alle attività teoriche e di FSC è obbligatoria ed è pari al 100% delle ore previste.

La partecipazione alle attività teoriche e di FSC dev'essere documentata con la rilevazione delle presenze.

Non sono ammessi a sostenere la prova di valutazione finale, coloro i quali, anche per giustificati motivi, non abbiano concluso l'intero percorso formativo.

Data la peculiarità del percorso formativo, nei casi in cui per gravi e/o giustificati motivi la frequenza venga interrotta, è consentita l'iscrizione in sovrannumero all'edizione successiva del corso, qualora attivata.



4 -PROVA DI VALUTAZIONE FINALE

A conclusione del percorso formativo per "Infermiere *Care Manager* del paziente complesso nelle cure primarie", è previsto un esame finale da svolgersi in un'unica giornata e consistente in una discussione di un elaborato scritto (Project Work). La prova deve vertere su tutti i contenuti teorici e pratici del programma del corso.

L'ammissione alla prova di valutazione non può prescindere dalle condizioni previste al precedente punto 3. Ai corsisti che superano la prova è rilasciato dalla Fondazione S.S.P., un certificato (come da fac simile di cui all'allegato C), attestante l'acquisizione delle competenze distintive di "Infermiere *Care Manager* del paziente complesso nelle cure primarie".

La Commissione per la prova di valutazione finale è nominata dal direttore della Sezione Controlli e Governo e Personale Servizio Sanitario Regionale con decreto dirigenziale ed è così formata:

Il direttore del progetto formativo	PRESIDENTE
Due docenti di cui uno per l'area infermieristica	COMPONENTI
Un rappresentante della Regione del Veneto	COMPONENTE

Per l'espletamento delle proprie attività la commissione si avvale di un segretario.



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale - 10^a legislatura

ALLEGATO C Dgr n. 1097 del 13 AGO. 2015 pag. 1/2



REGIONE DEL VENETO

Fondazione SSP

Fax simile certificato

Infermiere *Care Manager* del paziente complesso nelle cure primarie

DGR n. _____ del _____

Si attesta che _____
Cognome Nome

nata/o a _____ il _____,

ha frequentato il corso di formazione di Infermiere *Care Manager* del paziente complesso nelle cure primarie, della durata di 90 ore ed ha superato con esito positivo la prova di valutazione finale in data _____ *

Il direttore del progetto formativo

Data, _____

(*) Le competenze distintive sono riportate a tergo.



L'infermiere che ha frequentato con esito positivo il percorso formativo per "*Infermiere Care Manager del paziente complesso nelle cure primarie*", di cui alla DGR n.....del....., nell'ambito dell'attività distrettuale, coordina e gestisce l'assistenza integrata al paziente complesso identificato con il MMG.

In particolare:

- coordina e gestisce l'assistenza integrata dei pazienti complessi identificati con il MMG che opera nelle forme organizzative più evolute della medicina di famiglia, utilizzando le modalità e gli strumenti tipici del *Care Management*;
- utilizza i dati prodotti dal sistema di case mix aziendale necessari all'assistenza dei pazienti complessi presi in carico;
- utilizza il processo di nursing opportunamente adattato al *Care Management*;
- valuta i rischi reali e potenziali per il paziente e la famiglia/*caregiver*, predisponendo interventi atti alla prevenzione e alla soluzione;
- attiva operatori/professionisti e Servizi della Rete socio-sanitaria e socio-assistenziale;
- utilizza strumenti e tecniche di comunicazione efficace finalizzate all'*empowerment* del paziente e della famiglia/*caregiver*;
- utilizza gli strumenti dell'educazione terapeutica ai fini dell'approccio assistenziale al paziente e alla famiglia/*caregiver*;
- eroga interventi assistenziali integrati con il MMG che opera nelle forme organizzative più evolute della medicina di famiglia;
- accompagna il paziente e la famiglia/*caregiver* nella cura del fine vita.